

# CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12625

## **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO NORTE DO BRASIL**

*Obstetric violence in the perception of puerperal women in a public maternity hospital in northern Brazil**Violencia obstétrica en la percepción de puérperas en una maternidad pública del norte de Brasil***Natália Rayanne Souza Castro**<sup>1</sup> **Maria Suely de Sousa Pereira**<sup>2</sup> **Igor de Oliveira Reis**<sup>3</sup> **Orácio Carvalho Ribeiro Junior**<sup>4</sup> **Everton de Oliveira Pinto**<sup>5</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a ocorrência de violência obstétrica em uma maternidade pública de uma capital norte-brasileira, na percepção de puérperas. **Método:** estudo descritivo-exploratório e quantitativo, realizado com 123 puérperas internadas em alojamento conjunto. Os dados foram coletados em junho e julho de 2020, por meio de um questionário estruturado, analisados no Statistical Package for the Social Sciences®, versão 21. **Resultados:** a maioria desconhecia (59,3%) mas vivenciou (74,8%) a violência obstétrica. As práticas prevalentes foram peregrinação (34,1%), não ter acompanhante (22,8%), bebê retirado do campo de visão (20,3%), proibição de ingestão de alimentos (18,7%), toques vaginais repetitivos (17,9%), manobra de Kristeller (14,6%) e litotomia (12,2%), ocorridos no setor pré-parto, parto e pós parto (83,1%) e a categoria médica (92,8%) envolvida. **Conclusão:** houve alta ocorrência, inferindo mudanças na conduta profissional e reformulação de políticas para um cuidado integral à mulher no período gravídico-puerperal.

**DESCRITORES:** Violência Contra a Mulher; Violência Obstétrica; Obstetrícia; Enfermagem.

<sup>1,2</sup> Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, Manaus, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Saúde do Amazonas, Amazonas, Manaus, Brasil.

<sup>5</sup> Hospital Paraná, Paraná, Maringá, Brasil.

Recebido em: 17/03/2023; Aceito em: 25/07/2023; Publicado em: 30/11/2023

**Autor correspondente:** Natália Rayanne Souza Castro natalianne1@hotmail.com

**Como citar este artigo:** Castro NRS, Pereira MSS, Reis IO, Junior OCR, Pinto EO. Violência obstétrica na percepção de puérperas em uma maternidade pública do norte do Brasil. R Pesq Cuid Fundam [Internet]. 2023 [acesso ano mês dia];15:e12625 Disponível em:

<https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12625>



**ABSTRACT**

**Objective:** to verify the occurrence of obstetric violence in a public maternity hospital in a northern Brazilian capital, from the point of view of puerperal women. **Method:** descriptive-exploratory and quantitative study, carried out with 123 postpartum women hospitalized in rooming-in. Data were collected in June and July 2020, using a structured questionnaire, analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences®, version 21. **Results:** most were unaware (59%) but had experienced obstetric violence (74.8%). The prevalent practices were pilgrimage (34.1%), prevented from having a companion (22.8%), baby removed from the field of vision (20.3%), prohibition of food intake (18.7%), vaginal touches repetitive (17.9%), Kristeller maneuver (14.6%) and lithotomy (12.2%), occurring in the pre-delivery, delivery and postpartum sector (83.1%) and the medical category (92.8%) involved. **Conclusion:** there was a high occurrence, inferring changes in professional conduct and restructuring of guidelines for comprehensive care for women in the pregnancy-puerperal period.

**DESCRIPTORS:** Violence Against Women; Obstetric Violence; Obstetrics; Nursing.

**RESUMEN**

**Objetivos:** verificar la ocurrencia de violencia obstétrica en una maternidad pública de una capital del norte de Brasil, desde el punto de vista de las puérperas. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio y cuantitativo, realizado con 123 puérperas hospitalizadas en alojamiento conjunto. Los datos fueron recolectados en junio y julio de 2020, utilizando un cuestionario estructurado, analizado en el Statistical Package for the Social Sciences®, versión 21. **Resultados:** la mayoría desconocía (59%) pero había sufrido violencia obstétrica (74,8%). Las prácticas predominantes fueron la peregrinación (34,1 %), la prohibición de tener acompañante (22,8 %), la retirada del bebé del campo de visión (20,3 %), la prohibición de ingesta de alimentos (18,7 %), los toques vaginales repetitivos (17,9 %), Kristeller maniobra (14,6%) y litotomía (12,2%), ocurriendo en el sector de parto, parto y puerperio (83,1%) y la categoría médica (92,8%) involucrada. **Conclusión:** hubo alta ocurrencia, infiriendo cambios en la conducta profesional y reestructuración de las directrices para la atención integral a la mujer en el período embarazo-puerperio.

**DESCRIPTORES:** Violence Contre les Femmes; Violencia Obstétrica; Obstetricia; Enfermería.

**INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência obstétrica como quaisquer condutas, ato ou omissão, em ambiente público ou privado, de maneira direta ou indireta, que submeta a apropriação sob o corpo e o processo reprodutivo da mulher, comprometendo sua dignidade, caráter, integridade, autonomia e liberdade. É um fenômeno que abrange questões de cunho social, como a de gênero, raça, classe e institucional, que transforma ou substitue um processo natural e fisiológico por práticas predominantemente hierárquicas, intervencionistas e medicalizadoras, implicando na qualidade de vida das mulheres que vivenciam.<sup>1-2</sup>

Entre as naturezas dos atos violentos, têm-se a negligência, ao se omitir informações às parturientes; a violência verbal e a psicológica, através de gritos, ameaças, repreensão e humilhações; a violência física, por meio de agressões, procedimentos violentos e a não utilização de anestesia quando indicado; e a violência sexual, por importunação, estupro ou abuso sexual.<sup>2-3</sup>

Os tipos de violência obstétrica mais frequentes nos serviços de saúde, são: peregrinação, restrição na escolha pelo acompanhante, episiotomia, abuso de medicalização, manobra de Kristeller, interferência na posição e local do parto, toques vaginais corriqueiros e por diferentes pessoas, cesarianas sem indicação, impedimento do contato pele a pele da mulher com o recém-nascido, entre outros comportamentos que inferiorizam e provoquem prejuízo à mulher.<sup>1,3-4</sup>

O inquérito “Nascer no Brasil”, realizado com 15.688 puérperas, revela que somente 5% dos partos vaginais aconteceram sem intervenções e 25% foram submetidas a algum tipo de agressão no processo

gestacional. Isto quer dizer que a cada quatro horas, uma mulher foi vítima de violência obstétrica no Brasil, com maior vulnerabilidade às mulheres negras e de baixa escolaridade, sendo os profissionais da saúde os perpetradores das violências.<sup>5</sup>

É um assunto de difícil abordagem, pois muitas mulheres se sentem inibidas de declarar as agressões, outras ainda não conhecem suficientemente seus direitos para reconhecer, normalizando algumas condutas. Logo, é essencial o desenvolvimento de pesquisas como esta para produção de saberes em diferentes localidades, no intuito de caracterizar de forma concreta a existência do problema e evidenciar sua magnitude e importância, possibilitando, assim, elucidação de estratégias para seu enfrentamento.

Isto posto, o objetivo do estudo foi verificar a ocorrência de violência obstétrica em uma maternidade pública de uma capital norte-brasileira, na percepção de puérperas.

**MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 123 puérperas internadas em uma maternidade pública de Manaus, Amazonas, Brasil.

Os critérios de inclusão foram: puérperas maiores de 18 anos, que realizaram partos vaginais ou cesárias, internadas em Alojamento Conjunto (ALCON) da maternidade. Enquanto os critérios de exclusão foram: puérperas consideradas inaptas física e/ou emocionalmente, que após avaliação da equipe de saúde responsável pelo setor, apresentavam sinais de dor, cansaço, irritação, nervosismo,

tristeza, psicopatologia diagnosticada (disforia puerperal, depressão pós-parto e psicose pós-parto), pós-parto patológico, situação de pós-abortamento, as com recém-nascido prematuro que precisou de reanimação e as que tiveram parto extra-hospitalar. No intuito de uma boa comunicação e interação, também foram excluídas puérperas indígenas ou estrangeiras, que não falavam o português brasileiro.

A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2020, por meio de um questionário estruturado, elaborado pelos autores, com base nas orientações da OMS e do Ministério da Saúde sobre práticas consideradas prejudiciais ao parto e nascimento. As puérperas foram abordadas pela pesquisadora responsável pela coleta à beira leito, esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e convidadas a participarem (respeitando os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). O questionário foi aplicado duas vezes por semana, teve duração média de 20 minutos e respeitou a rotina do setor e os horários disponíveis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o parecer nº 4.082.659/2020. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com elas e outra com a pesquisadora.

Os dados foram inseridos e organizados no programa Statistical Package for the Social Sciences® versão 21, o qual realizou análise exploratória por meio de estatística descritiva-analítica, sendo calculadas frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão e amplitude, com apresentação dos resultados inerentes por meio de tabelas.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 123 puérperas internadas no ALCON após o seu trabalho de parto. A idade delas variou de 14 a 45 anos (média 25,42; desvio padrão 6,34; amplitude 31). Mais da metade (85; 69,1%) tinham/viviam com o companheiro e grande parte (98; 79,7%) se autodeclarou parda. Um total de 85 (69,1%) puérperas completaram o ensino médio, 87 (70,7%) eram donas de casa e 76 (61,8%) viviam com renda mensal de até 1 salário mínimo. A maioria (110; 89,4%) era natural do Amazonas e residia na cidade de Manaus (111; 90,2%) (Tabela 1).

Observa-se que 93 (75,6%) puérperas nunca tiveram casos de aborto. Os partos vaginais foram, levemente, superiores (62; 50,4%) aos cesáreos (61; 49,6%). Quase a totalidade (121; 98,4%) teve gestação de feto único. Embora 82 (66,7%) mulheres declararam não ter planejado a gravidez, 115 (93,5%) realizaram o acompanhamento pré-natal (Tabela 2).

Verificou-se que 73 (59,3%) puérperas desconheciam do que se tratava a violência obstétrica, 48 (39,1%) responderam ter conhecimento sobre o termo e duas (1,6%) não responderam.

Referente às condutas e procedimentos, a peregrinação foi a situação mais apontada (34,1%), seguida de ter sido impedida de ter acompanhante (28; 22,8%), bebê retirado do campo de visão (25; 20,3%), proibição de ingestão de alimentos (23; 18,7%), toques vaginais (22; 17,9%), manobra de Kristeller (14,6%) e litotomia (12,2%). As demais perguntas do questionário retornaram com percentual inferior a 10% (Tabela 3).

**Tabela 1-** Perfil sociodemográfico das puérperas (n=123). Manaus, AM, Brasil, 2020.

	n	%
<b>Estado marital</b>		
Com companheiro	85	69,1
Sem companheiro	38	30,9
<b>Raça/cor</b>		
Branco	10	8,1
Pardo	98	79,7
Preto	10	8,1
Indígena	5	4,1
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	20	16,3
Médio	85	69,1
Superior	18	14,6
<b>Ocupação</b>		
Trabalha fora	27	22,0
Dona de casa	87	70,7
Desempregada	5	4,1
Estudante	3	2,4
Não respondeu	1	0,8
<b>Naturalidade</b>		
Amazonas	110	89,4
Outros	13	10,6
<b>Local de residência</b>		
Manaus	111	90,2
Interior	12	9,8
<b>Renda familiar</b>		
≤1 Salário	76	61,8
2 a 3 Salários	42	34,1
≥4 Salários	3	2,4
Sem renda	2	1,6

**Tabela 2-** Condição obstétrica das puérperas (n=123). Manaus, AM, Brasil, 2020.

	n	%
<b>Histórico de aborto</b>		
Sim	30	24,4
Não	93	75,6
<b>Parto atual</b>		
Vaginal	62	50,4
Cesáreo	61	49,6
<b>Tipo de gravidez atual</b>		
Feto único	121	98,4
Gemelar	1	0,8
Quadrigêmeos	1	0,8

Gravidez planejada		
Sim	41	33,3
Não	82	66,7
Você realizou o pré-natal?		
Sim	115	93,5
Não	8	6,5

**Tabela 3** - Tipos de violência obstétrica apontadas pelas puérperas (n=123). Manaus, AM, Brasil, 2020.

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Peregrinação	42	34,1	81	65,9
Falta de respeito por parte do profissional	9	7,3	114	92,7
Sofreu violência física	4	3,3	119	96,7
Foi repreendida	8	6,5	115	93,5
Foi impedida de ter acompanhante na internação	28	22,8	95	77,2
O seu bebê foi retirado do seu campo de visão	25	20,3	98	79,7
Negligência	6	4,9	117	95,1
Sofreu discriminação/ social, econômica e/ou racial	1	0,8	122	99,2
Curetagem	7	5,7	116	94,3
Proibida de ingerir alimentos durante o trabalho de parto	23	18,7	100	81,3
Restrição de liberdade de posição	10	8,1	113	91,9
Litotomia	15	12,2	108	87,8
Medicação para acelerar o parto	12	9,8	111	90,2
Amniotomia	8	6,5	115	93,5
Toques vaginais repetidos e sem necessidade	22	17,9	101	82,1
Kristeller	18	14,6	105	85,4
Episiotomia	4	3,3	119	96,7
Rafia sem anestesia	1	0,8	122	99,2
Cesárea sem necessidade/ autorização	10	8,1	113	91,9
Sofreu alguma das VO citadas acima	92	74,8	31	25,2

†VO – Violência Obstétrica.

De acordo com os dados, os casos reportados indicaram a ocorrência de violência obstétrica em 92 (74,8%) das participantes, enquanto em 31 (25,2%), não.

Quanto aos setores da maternidade em que as violências obstétricas ocorreram, nota-se o setor pré-parto, parto e pós-parto (102; 83,1%), seguido de centro cirúrgico (23; 18,7%), admissão (20; 16,2%) e centro de parto normal intra-hospitalar (2; 1,6%). Não houve ocorrência no ALCON. Os dados não informados referem-se aos casos que as puérperas disseram não terem sofrido violência (Tabela 4).

**Tabela 4** - Setores da maternidade em que as violências obstétricas ocorreram, segundo as puérperas. Manaus-AM, Brasil, 2020.

	Admissão n (%)	PPP* n (%)	CC** n (%)	CPNI# n (%)	Não informado n (%)
Falta de respeito por parte do profissional	2 (1,6)	6 (4,9)			115 (93,5)
Sofreu violência física			3 (2,4)		120 (97,6)
Foi repreendida		8 (6,6)			115 (93,5)
Foi impedida de ter acompanhante na internação	6 (4,9)	9 (7,4)	8 (6,5)		100 (81,3)
O seu bebê foi retirado do seu campo de visão		4 (3,2)	7 (5,7)		112 (91,1)
Negligência	2 (1,6)	2 (1,6)			119 (96,7)
Sofreu discriminação social, econômica e/ou racial		1 (0,8)			122 (99,2)
Curetagem		4 (3,2)			119 (96,7)
Proibida de ingerir alimentos durante o trabalho de parto	10 (8,1)	3 (2,4)			110 (89,4)
Restrição de liberdade de posição		5 (4,1)		1 (0,8)	117 (95,1)
Litotomia		14 (11,4)		1 (0,8)	109 (88,6)
Medicação para acelerar o parto		8 (6,6)			115 (93,5)

Amniotomia	6 (4,9)	117 (95,1)
Toques vaginais repetitivos	15 (12,2)	108 (87,8)
Kristeller	6 (4,9) 5 (4,1)	112 (91,1)
Episiotomia	3 (2,4)	120 (97,6)
Rafia sem anestesia	1 (0,8)	122 (99,2)
Cesárea sem necessidade/autorização	7 (5,7)	116 (94,3)

†PPP – Prepartum, Parturition and Postpartum; ‡CC - Surgical Center; §CPNI - Intra-hospital Normal Birth Center.

Em relação aos profissionais identificados como protagonistas na realização de condutas violentas na obstetrícia, a categoria médica foi a mais citada (114; 92,8%), seguido pelos enfermeiros (48; 39,1%) e outros profissionais (5; 4,1%). Os dados não informados referem-se aos casos das puérperas que disseram não terem sofrido violência (Tabela 5).

## DISCUSSÃO

Estudos em diferentes localidades do Brasil<sup>6-9</sup> mostram que o perfil sociodemográfico de puérperas coincide com os encontrados na presente pesquisa. Vale ressaltar que quanto menor a idade, escolaridade e renda familiar, sobretudo de puérperas negras (pretas e pardas), maior propensão de vivenciarem algum tipo de maus tratos em seu momento de parturição.<sup>10-11</sup> Isso infere que puérperas mais jovens podem ser desacreditadas por engravidarem cedo e, ainda, aquelas com o acesso à educação

**Tabela 5** - Profissionais responsáveis pela violência obstétrica, segundo as puérperas (n=123). Manaus, AM, Brasil, 2020.

	Enfermeiros n (%)	Médicos n (%)	Outros n (%)	Não informado n (%)
Falta de respeito por parte do profissional	1 (0,8)	7 (5,7)		115 (93,5)
Sofreu violência física		2 (1,6)		121 (98,4)
Foi reprimida	4 (3,3)	2 (1,6)		117 (95,1)
Foi impedida de ter acompanhante na internação	10 (8,1)	6 (4,9)	4 (3,3)	103 (83,7)
O seu bebê foi retirado do seu campo de visão	8 (6,6)	6 (4,9)		109 (88,6)
Negligência	3 (2,4)			120 (97,6)
Sofreu discriminação/social, econômica e/ou racial	1 (0,8)			122 (99,2)
Curetagem	1 (0,8)	6 (4,9)		116 (94,3)
Proibida de ingerir alimentos durante o trabalho de parto	4 (3,3)	11 (8,9)		108 (87,8)
Restrição de liberdade de posição	4 (3,3)	4 (3,3)		115 (93,5)
Litotomia	6 (4,9)	9 (7,3)		108 (87,8)
Medicação para acelerar o parto	3 (2,4)	6 (4,9)		114 (92,7)
Amniotomia	1 (0,8)	6 (4,9)		116 (94,3)
Toques vaginais repetidos e sem necessidade	2 (1,6)	22 (17,9)		99 (80,5)

Kristeller	15 (12,2)	1 (0,8)	107 (87,0)
Episiotomia	4 (3,3)		119 (96,7)
Rafia sem anestesia	1 (0,8)		122 (99,2)
Cesárea sem necessidade/ autorização	7 (5,7)		116 (94,3)

limitado, têm menores oportunidades de obter conhecimento, contribuindo para a ocorrência de violência. Outrossim, não há como considerar de forma equivalente todas as puérperas, pois os dados implicam direcionar políticas específicas às mulheres negras em todo período gravídico.

A proporção de partos vaginais e cesáreos foi semelhante nas puérperas estudadas, assim como evidenciam outras pesquisas nacionais.<sup>10,12</sup> Esses achados são considerados negativos, uma vez que a OMS aponta que taxas de cesarianas maiores que 10% não colaboram para a diminuição da mortalidade materna e neonatal,<sup>13</sup> além de que o aumento de intervenções desnecessárias e o crescente índice de hospitalizações corroboram para o aumento no número de cesarianas sem indicação clínica e a elevação de gastos na saúde pública.<sup>10</sup>

Estudos realizados no norte e nordeste do Brasil identificaram alta prevalência para o desconhecimento de puérperas sobre o que era violência obstétrica, tampouco sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, não sendo informadas sobre o assunto durante o pré-natal.<sup>7,14-15</sup> Este acompanhamento é oportuno para que haja esclarecimentos diversos à usuária, incluindo informações sobre a violência obstétrica, visando sua prevenção.<sup>16</sup> No entanto, observou-se que as puérperas do presente estudo também não foram instruídas adequadamente sobre o problema. Embora quase a totalidade tenha realizado o pré-natal, mais da metade não sabia o que era violência obstétrica, implicando na vitimização da maioria.

Estudos realizados no México, Polônia e Espanha, também evidenciam altas prevalências de mulheres que passaram por episódios de violência obstétrica, mas não conseguiram reconhecer os atos. Acreditavam que os profissionais de saúde são os únicos detentores do conhecimento e por isso estes sabiam o que devia ou não ser feito durante todo o desenvolvimento da parturição.<sup>17-19</sup> Essa condição implica na aceitação de todas as condutas impostas, anulando o exercício da autonomia e protagonismo da mulher.

A lei nº 11.634/2007 expressa o direito da mulher à vinculação e ao conhecimento da maternidade que irá prestar assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim que se ofereça serviços em saúde maternos e leito obstétrico, evitando a demora por atendimento.<sup>20</sup> No entanto, a peregrinação foi a principal violência obstétrica evidenciada entre as puérperas estudadas, o que já não foi o maior achado de outras pesquisas. Primeira gravidez, gestação de alto risco, idade gestacional inferior a 37 semanas e baixa escolaridade e renda, são fatores associados à peregrinação.<sup>21</sup>

Assim como nesta pesquisa, cerca de um quarto de mulheres brasileiras são privadas e não tem seu acompanhante de livre escolha em algum momento do processo de parturição.<sup>10-12</sup> Por ser um momento de maior vulnerabilidade à mulher, é fundamental que alguém de sua escolha e vínculo lhe transmita conforto e segurança ao longo de sua parturição.<sup>15</sup> Esse direito é assegurado pela lei do acompanhante nº 11.108/2005,<sup>22</sup> que é descumprida, na maioria das vezes, pelo desconhecimento e desapropriação da mulher, potencializado pela relação desigual e autoritária dos profissionais à elas, somado a representação hierárquica das instituições.<sup>4,23-24</sup>

Independentemente da via de parto, os benefícios do contato pele a pele entre mãe e filho nas primeiras horas de vida possibilita a criação de vínculo, estimulação da amamentação e propiciação de benefícios fisiológicos aos lactentes no período de transição para a vida extrauterina.<sup>10</sup> Tal prática não foi estimulada em 20,3% das puérperas estudadas, assemelhando-se com outras evidências.<sup>4,12,25</sup>

Diversos hospitais na China permitem e adotam medidas para que gestantes comam alimentos de fácil digestão antes do parto,<sup>26</sup> o que difere dos achados deste estudo. As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal recomendam que mulheres que não estiverem sob efeito de opióides ou sem fatores de risco iminente para anestesia geral, devem ser encorajadas a ingestão de dieta leve.<sup>27</sup> Considerando o gasto energético no processo de parturição, ingerir líquidos ou alimentos pode proporcionar melhores condições físicas, especialmente no período expulsivo. A restrição de alimentos, portanto, pode adiantar o trabalho de parto, causando intervenções desnecessárias e que, por vezes, resultam em parto cesariano.<sup>4,28</sup>

Não há justificativa clínica para realização de toques vaginais com intervalos menores que quatro horas, período preconizado pela Organização Mundial de Saúde.<sup>29</sup> Contudo, essa prática violenta é percebida e vivenciada com frequência no cenário obstétrico nacional e internacional,<sup>8,10,15,18-19</sup> causando constrangimento e dor à mulher.

Estudo com 1626 mulheres brasileiras,<sup>10</sup> evidenciou que a manobra de Kristeller foi praticada em cerca de 14% delas, dado que vai de encontro ao achado neste estudo. Este procedimento não é recomendado, pois potencializa a ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém nascidos ou até mesmo prejuízo cerebral.<sup>27</sup> Além disso, não há evidências científicas que comprovem quaisquer benefícios da manobra, mas o contrário, pode gerar danos graves e colaborar para uma vivência de parto violenta.<sup>9,14</sup>

A obrigação da posição litotômica foi prevalente nesta e em outras investigações.<sup>8,12,19</sup> O cenário propício e cômodo para o profissional é priorizado, ao invés de respeitar a posição de escolha da mulher ou mesmo de ofertar outras formas de parir (cócoras, lateral, quatro apoios) para melhor conforto e segurança. Isso reforça um contexto predominantemente desfavorável, impositor e desrespeitoso, ao privar a liberdade de escolha e controlar o corpo da mulher, sem levar em consideração suas vontades e necessidades.<sup>25</sup>

Estudo realizado em um hospital público do Pará mostra que o PPP é o local de maior concentração das violências,<sup>2</sup> tal como observado no presente estudo. Além de ser um setor amplo e de grande fluxo na maternidade, é onde as mulheres passam a maior parte do tempo, em contato constante com diferentes profissionais, logo, podem estar propensas a vivenciarem maus tratos.

Grande parte dos profissionais de saúde compactuam ou praticam violência obstétrica, mas não as reconhecem.<sup>23</sup> No caso deste estudo, a classe médica foi a mais apontada. Muitos usam do saber técnico-científico para justificar atitudes de dominação, subordinação, autoritarismo, negligência e impessoalidade, deixando de assegurar os direitos e vontades da mulher, colocando-a como um ser passivo sobre seu próprio corpo. Há, então, um aproveitamento da situação de fragilidade da mulher, sua incapacidade de tomar escolhas e reconhecer suas reais necessidades.<sup>4,30</sup>

Entre os limites da presente pesquisa, algumas puérperas podem não ter expressado integralmente todas as violências vivenciadas na maternidade, seja pelas novas adaptações que a fase puerperal exige, ou mesmo pela atenção nos cuidados aos seus recém-nascidos. Ademais, cabe destacar que 28 (22,8%) mulheres referiram terem sido impedidas de ter acompanhante, podendo estar relacionado às medidas de distanciamento preconizadas pelo Estado na pandemia por COVID-19, visto que a coleta de dados ocorreu durante este período.

## CONCLUSÃO

Este estudo verificou, por meio da percepção de puérperas, alta ocorrência de violência obstétrica em uma maternidade pública norte-brasileira. Mesmo com a realização das consultas de pré-natal, a maioria desconhece ou naturaliza práticas violentas, favorecendo sua subestimação. A peregrinação, o impedimento de ter acompanhante, ter tido o seu bebê retirado do campo de visão, a proibição de ingestão de alimentos e líquidos leves, excessivos toques vaginais, a manobra de Kristeller e a litotomia, representaram os tipos de violências mais vivenciadas pelas puérperas. A categoria médica foi a mais referida como praticante, sendo o setor PPP o local de maior ocorrência.

Recomenda-se fortemente a criação e reformulação de políticas públicas e protocolos institucionais, somada à educação permanente dos profissionais atuantes na obstetrícia, para oferecer um ambiente propício, humanizado e seguro no processo de parto e nascimento, respeitando a autonomia da mulher. Para isso, urge a necessidade da abordagem da temática durante o pré-natal, por meio de uma linguagem clara dos profissionais para esclarecer direitos sexuais e reprodutivos às mulheres, destacando conceitos,

legislações, maneiras de como e onde denunciar, promovendo escuta ativa e o empoderamento das mesmas.

## AGRADECIMENTO

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM).

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa [Internet]. 2014 [acesso em 19 de janeiro 2023]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3).
2. Trajano AR, Barreto EA. Obstetric violence from the perspective of health professionals: gender as a defining factor in childbirth care. *Interface (Botucatu, Online)*. [Internet]. 2021 [cited 2023 jan 09];25:e200689. Available from: <https://doi.org/10.1590/interface.200689>.
3. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHRD, Habigzang LF. Obstetrical violence in brazil: a narrative review. *Psicol. soc. (Online)*. [Internet]. 2017 [cited 2023 feb 08];29:e155043. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
4. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2018 [acesso em 08 de fevereiro 2023];12(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23523p236-246-2018>.
5. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CS, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad. Saúde Pública (Online)*. [Internet]. 2014 [cited 2023 feb 10];30(Suppl. 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.
6. Costa ELN, Levandowski DC, Suárez Grzybowski L. Perfil de Puérperas e Satisfação com Assistência em Saúde Materno-Infantil. *Rev. Psicol. Saude [Internet]*.

- 2022 [acesso em 06 de fevereiro 2023];14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1379>.
7. Pascoal KCF, Carvalho MA, Candeia RMS, Pereira JB, Cruz RAO, Filgueiras TF. Violência obstétrica na percepção de puérperas. *Nursing* (Ed. brasileira. Online). [Internet]. 2020 [acesso em 08 de novembro 2022];23(265). Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4221-4232>.
  8. Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SED, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2022 [cited 2022 jul 11];75(Suppl2). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>.
  9. Silva MC, Feijó BDM, Pereira FANS, Guerra FJF, Santos IS, Rodrigues GDO, et al. Parto e nascimento na região rural: a violência obstétrica. *Rev. enferm. UFPE on line*. [Internet]. 2018 [acesso em 11 de janeiro 2023];12(9). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234440p2407-2417-2018>.
  10. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*. [Internet]. 2017 [acesso em 8 de novembro 2022];48(3). Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>.
  11. Mittelbach J, Albuquerque GSC. A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *TES*. [Internet]. 2022 [acesso em 19 de janeiro 2023];20:e00332163. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00332>.
  12. Lansky S, Souza KV, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. 1. *Ciênc. saúde coletiva* (Online), 1678-4561. [Internet]. 2019 [cited 2022 dec 11];24(8). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
  13. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Genebra; 2015 [acesso em 06 de fevereiro 2023]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=83C7FC4D8BAB0E6954557A7E37BDE8E5?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=83C7FC4D8BAB0E6954557A7E37BDE8E5?sequence=3).
  14. Almeida JV, Oliveira EM, Medeiros AS, Carvalho MSML. Perception of puerperal women in a maternal and children's hospital about obstetric violence in the State of Roraima. *R. Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*. [Internet]. 2022 [cited 2023 feb 13];14. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11680>.
  15. Nascimento SL, Pires VMMM, Santos NA, Machado JC, Meira LS, Palmarella VPR, et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enferm. actual Costa Rica* (Online). [Internet]. 2019 [acesso em 11 de setembro 2022];(37). Disponível em: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682019000200066](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200066).
  16. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev. saúde pública* (Online). [Internet]. 2020 [cited 2023 jan 15];54(8). Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
  17. Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC pregnancy childbirth*. [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 10];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>.
  18. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int. j. environ. res. public health* (Online). [Internet]. 2020 [cited 2022 nov 12];17(21). Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
  19. Valdez-Santiago R, Arenas LM, Rojas A, Sánchez M. Discrimination and obstetric violence in mexican maternity wards. *Inj. prev.* 2018;24(Suppl 2):A104-4.
  20. BRASIL. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência

- no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília. 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm).
21. Moraes LMV, Simões VMF, Carvalho CA, Batista RFL, Alves MTSSB, Thomaz EBAF, et al. Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil: a contribution from the BRISA cohort. *Cad. Saúde Pública* (Online). [Internet]. 2018 [cited 2022 sep 14];34(11):e00151217. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151217>.
  22. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm).
  23. Leal NP, Versiani MH, Leal M do C, Santos YRP. Social practices of labor and birth in Brazil: the speech of puerperal women. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2021 [cited 2023 jan 12];26(3). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>.
  24. Marrero L, Brüggemann OM, Costa R, Junges CF, Scheneck CA. Violência institucional referida pelo acompanhante da parturiente em maternidades públicas. *Acta Paul. Enferm.* (Online). [Internet]. 2020 [acesso em 17 de janeiro 2023];33:eAPE20190220. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO02202>.
  25. Matos MG de, Magalhães AS, Féres-Carneiro T. Obstetric violence and birth trauma: the mothers' report. 1. *Psicol. ciênc. prof.* (Online), 1982-3703. [Internet]. 2021 [cited 2023 jan 09];41:e219616. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>.
  26. Huang CY, Luo BR, Hu J. Investigation on the status of oral intake management measures during labor in China. *Medicine*. [Internet]. 2020 [cited 2023 feb 05];99(23):e20626. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020626>.
  27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [acesso em 09 de janeiro 2023]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).
  28. Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 12];72(suppl3). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>.
  29. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva, 2018 [cited 2023 Jan 07]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>.
  30. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. latinoam. enferm.* (Online). [Internet]. 2018 [cited 2023 feb 03];26:e3069. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.